

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE
MEDICAL UNIVERSITY

XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2016
APRIL 15-17, 2016

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Колесникова Наталія

ЗАСТОСУВАННЯ БОРТЕЗОМІБУ В ЛІКУВАННІ ХВОРОГО НА МНОЖИННУ МІЕЛОМУ З НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра внутрішньої медицини №1

Науковий керівник: асист. Т.В. Лиманець

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Актуальність. Протягом останніх років спостерігається зростання захворюваності на множинну мієлому (ММ) в Україні. Часто захворювання виявляють на пізніх стадіях, що обумовлено складністю діагностики через різноманітність клінічних синдромів в дебюті ММ. Особливої уваги заслуговують хворі із нирковою недостатністю, яка є несприятливою прогностичною ознакою та лімітує вибір протипухлинної терапії.

Мета. Проаналізувати ефективність застосування бортезомібу у хворого на множинну мієлому з нирковою недостатністю.

Матеріали та методи. Обстежено хворого О. 68 років, із множинною мієломою Бенс-Джонса (легких ланцюгів карра), III Б стадія (Durie-Salmon), III стадія (ISS) з літичним ураженням плечових кісток, вперше діагностованою. ХНН V: вторинна мієломна нефропатія, ХНН IV (чотири). Вторинна анемія тяжкого ступеню. Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні у гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. Враховуючи наявність ниркової недостатності IV, хворому було призначено хіміотерапію (ХТ) згідно режиму «VD» комбінацією препаратів бортезомібу з дексаметазоном. Оцінювали показники гемограми, рівень М-протеїну сечі, концентрацію креатиніну в сироватці крові до лікування та після двох курсів ХТ.

Результати. При первинному обстеженні у гемограмі – гемоглобін 64 г/л, ШОЕ 57 мм/год, у біохімічному аналізі крові – гіперкреатинінемія 801,4 мкмоль/л, М-протеїн в сечі 1,168 г/л. Після двох курсів ХТ була проведена оцінка відповіді на лікування згідно критеріїв IMWG. Мало місце досягнення непідтвердженої дуже доброї часткової відповіді: у гемограмі – гемоглобін 103 г/л, ШОЕ 4 мм/год, у біохімічному аналізі крові – рівень креатиніну 442,1 мкмоль/л, М-протеїн в сечі не виявлено.

Висновок. Бортезоміб у поєднанні з дексаметазоном може бути схемою вибору лікування хворих на множинну мієлому за умов наявності хронічної ниркової недостатності.

Колотило Зоряна

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СА125 В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Науковий керівник: В.С. Дрегалюк

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

м. Кременець, Україна

Рак яєчників (РЯ) у структурі смертності від онкогінекологічної патології займає 1-ше місце серед

жінок України (6,3% від усіх новоутворень). У 2017 році в Україні діагностовано 3392 нових випадків РЯ, померло 1823. Не прожили 1-го року з числа вперше виявлених 25,7%. На I-II стадії РЯ діагностовано лише у 34,9% випадків, в Тернопільській області ще менше, 28,1%.

Розглянуто значення СА125 (cancer antigen 125) як онкомаркера (ОМ) для ранньої діагностики РЯ, так і рецидивів. СА125 (cancer antigen 125) – глікопротеїн з мол. масою близько 200 кДа. У нормі основне джерело СА125 – ендометрій, в зв'язку з чим граничний рівень ОМ залежить від віку: в пременопаузі – 35 од/мл, в постменопаузі – 20 од/мл, після екстирпації матки – 10-12 од/мл.

СА125 розглядається, як ОМ вибору для серозних цистаденокарцином. Рівень зростає у 40-50% при I стадії серозного РЯ і в 75-95% з поширеним процесом. При інших гістологічних формах РЯ підвищується рідше: при муцинозних в 32%, ендометріюїдних в 30-60% і світлоклітинних в 40%. При поширеному РЯ із асцитом, концентрації можуть досягати більше 30 000 од/мл. Проте, специфічність СА125 невелика. Може підвищуватися при ендометріозі, міомі, кістах яєчників, плевриті, перитоніті, гепатитах та ін.

СА125 рекомендований Європейською експертною групою в якості прогностичного фактора при РЯ. Хворі на РЯ з рівнем на початку лікування до 65 од/мл, мають достовірно краще 5-річне виживання в порівнянні з пацієнтами з СА125 > 65 од/мл.

В цілому СА125 є «маркером вибору» при оцінці ефективності лікування хворих РЯ, доповнюючи традиційні методи. Послідовне зниження рівнів маркера в процесі терапії свідчить про відповідь на лікування, в той час як зростання показників маркера або збереження початкового рівня говорить про низьку ефективність терапії.

Комар Анна, Шепеть Ірина

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.І. Домбрович

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

Актуальною проблемою хірургічного лікування хворих при раку прямої кишки є збереження неперервності кишкової трубки, адже формування колостоми перекреслює всі надії хворих на повернення до колишнього способу життя. Саме тому, за останні двадцять років спостерігається зменшення кількості виконуваних черевно-промежних екстирпацій з 40 до 25 %. Підставою для цього стала низка морфологічних досліджень, які показали, що вrostання пухлини в дистальному напрямку до сфінктера вкрай незначне порівняно з поширенням